

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU
„KASTRACJA SUK I PSÓW ORAZ KOTEK I KOTÓW MAJĄCYCH WŁAŚCICIELA W ROKU
2026”**

CZĘŚĆ 1	Numer
	(nadaje podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia)
	WGS.ROŚ.7031.4. 2026
Data wykonania usługi do:	

A. PODMIOT WŁAŚCIWY DO PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA

1. Podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia:
Urząd Miejski w Ostrowie Wielkopolskim
Al. Powstańców Wielkopolskich 18
63-400 Ostrów Wielkopolski

B. DANE SKŁADAJĄCEGO ZGŁOSZENIE

B.1 DANE IDENTYFIKACYJNE WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA

2. Imię i nazwisko

3. Numer telefonu kontaktowego (podanie numeru telefonu jest dobrowolne w celu przyspieszenia kontaktu):

.....

B.2 ADRES DO KORESPONDENCJI

4. Kraj	5. Ulica	6. Nr domu	7. Nr lokalu
8. Miejscowość	9. Kod pocztowy	10. Poczta	

C. DANE DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA

C.1 GATUNEK I PŁEĆ ZWIERZĘCIA

UWAGA: należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

11. Gatunek zwierzęcia:	12. Płeć zwierzęcia:
☐ kot	☐ samiec
☐ pies	☐ samica

D. DANEDOTYCZĄCE GABINETU

13. Wybór gabinetu właściwego do wykonania usługi
☐ Przychodnia Weterynaryjna Lek. Wet. Patryk Łagodzki
☐ Przychodnia Weterynaryjna LABEK Katarzyna i Adam Szubert s.c.

E. OBOWIĄZEK INFORMACYJNY:

14. Obowiązek informacyjny:
 Zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informuję, iż :
 1. Administratorem Danych jest Gmina Miasto Ostrów Wielkopolski, reprezentowana przez Prezydenta Miasta Ostrowa Wielkopolskiego, 63-400 Ostrów Wielkopolski, al. Powstańców Wielkopolskich 18, tel.: (62) 58-22-400, e-mail: um@umostrow.pl,
 2. Administrator Danych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować:
 - listownie przesyłając korespondencję na adres: Inspektor Ochrony Danych, al. Powstańców Wielkopolskich 18,

63-400 Ostrów Wielkopolski;

- telefonicznie pod numerem 62-58-22-102;

- pisząc e-mail na adres: iod@umostrow.pl;

3. Dane osobowe gromadzone są i przetwarzane w celu:

- realizacji zadania „ograniczenie bezdomności zwierząt poprzez sterylizację/kastrację psów i kotów właścicielskich”, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. e) RODO - przetwarzanie jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym – zapobieganie bezdomności zwierząt, na podstawie ustawy o ochronie zwierząt z dnia 21 sierpnia 1997r.

- przyspieszenia kontaktu, na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO - w zakresie numeru telefonu - na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą,

4. Dane osobowe będą usuwane w terminach wskazanych w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych.

5. Dane osobowe będą przekazywane podmiotom przetwarzającym je na zlecenie Administratora Danych (podmiotom serwisującym systemy informatyczne i aplikacje, w których przetwarzane są dane osobowe), podmiotom świadczącym usługi pocztowe oraz mogą być udostępnione instytucjom uprawnionym do ich uzyskania na podstawie obowiązującego prawa (np.: organom administracji, sądom) oraz innym podmiotom, w zakresie, w jakim są one uprawnione do ich otrzymywania na podstawie przepisów prawa.

6. Podanie danych jest niezbędne do uczestnictwa w zadaniu, a ich niepodanie skutkuje brakiem możliwości wzięcia udziału w zadaniu. W przypadku numeru telefonu podanie danych jest dobrowolne.

7. Osoba, której dane są przetwarzane, ma prawo do:

- żądania od Administratora Danych dostępu do swoich danych osobowych,

- sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz sprzeciwu.

- w przypadku zgody na przetwarzanie danych na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO (numer telefonu), przysługuje prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Oświadczenie o cofnięciu zgody wymaga jego złożenia w formie pisemnej i przesłania na adres Urzędu Miejskiego w Ostrowie Wielkopolskim z adnotacją na kopercie – wycofanie zgody lub elektroniczne na adres iod@umostrow.pl

- wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych.

F. POUCZENIE

15. Pouczenie

W przypadku, gdy podczas weryfikacji zgłoszenia przez podmiot właściwy do wykonania usługi ujawnione zostaną okoliczności, które uniemożliwiają zakwalifikowanie zwierzęcia do wykonania usługi, zgłoszenie nie będzie podlegało dalszej realizacji.

Zgłoszenie musi zostać wykonane w terminie miesiąca od daty potwierdzenia dokonanego przez Gminę Miasto Ostrów Wielkopolski, Al. Powstańców Wielkopolskich 18, 63-400 Ostrów Wielkopolski na zgłoszeniu, jednak nie później niż 14 grudnia 2026 r. Termin liczony będzie zgodnie z art. 112 z uwzględnieniem art. 115 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2025r., poz. 1071 z późn. zm.).

G. DATA I PODPIS WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA

15. Data

16. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska)

Odebrałem/odebrałam

(imię i nazwisko właściciela)

.....
(data)

.....
(podpis)

**ZGŁOSZENIE UDZIAŁU W ZADANIU
„KASTRACJA SUK I PSÓW ORAZ KOTEK I KOTÓW MAJĄCYCH WŁAŚCICIELA W
ROKU 2026”**

CZĘŚĆ 2	Numer
	(nadaje podmiot właściwy do przyjęcia zgłoszenia) WGS.ROŚ.7031.4. 2026

**TABELA A
WYPEŁNIA PODMIOT WŁAŚCIWY DO PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA**

A. DANE DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA

UWAGA: należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

1. Gatunek zwierzęcia: ☐ kot ☐ pies	2. Płeć zwierzęcia: ☐ samiec ☐ samica
---	---

B. STAN FORMALNY ZGŁOSZENIA

2. Stan formalny zgłoszenia:

- ☐ zatwierdzono
☐ nie zatwierdzono

C. DANE DOTYCZĄCE GABINETU

3. Gabinet właściwy do wykonania usługi

- ☐ Przychodnia Weterynaryjna Lek. Wet. Patryk Łagodźki
☐ Przychodnia Weterynaryjna LABEK Katarzyna i Adam Szubert s.c.

4. Data określenia stanu formalnego:	5. Pieczęć podmiotu zatwierdzającego:	6. Podpis zatwierdzającego:

**UWAGA! Zabieg musi zostać wykonany w terminie miesiąca od daty zatwierdzenia zgłoszenia,
tj. do dnia
(po tym terminie zgłoszenie traci ważność)**

**TABELA B
WYPEŁNIA WŁAŚCICIEL ZWIERZĘCIA**

A. DANE IDENTYFIKACYJNE WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA

1. Imię i nazwisko
2. Numer telefonu kontaktowego (podanie numeru telefonu jest dobrowolne w celu przyspieszenia kontaktu):

B. ADRES DO KORESPONDENCJI

3. Kraj	4. Ulica	5. Nr domu	6. Nr lokalu
7. Miejscowość	8. Kod pocztowy	9. Poczta	

D. DATA I PODPIS WŁAŚCICIELA ZWIERZĘCIA

10. Data:	11. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska):

TABELA C
WYPEŁNIA PODMIOT WŁAŚCIWY DO WYKONANIA USŁUGI

A. PODMIOT WŁAŚCIWY DO WYKONANIA USŁUGI

1. Podmiot właściwy do wykonania usługi:

B. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA

2. Data:

3. Podpis przyjmującego zgłoszenie:

C. DANE DOTYCZĄCE ZWIERZĘCIA

C. 1. PŁEĆ I WIEK ZWIERZĘCIA

UWAGA: należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

4. Gatunek zwierzęcia:

- ☐ pies
☐ kot

5. Płeć zwierzęcia

- ☐ samiec
☐ samica

6. Wiek zwierzęcia:

- ☐ do 6 miesięcy życia
☐ powyżej 6 miesięcy życia

D. INFORMACJE O WYKONANIU CZYNNOŚCI WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY

D. 1. INFORMACJE DOTYCZĄCE WIZYTY KWALIFIKUJĄCEJ

UWAGA: należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

7. Informacja dotycząca wizyty kwalifikującej:

- ☐ przeprowadzono
☐ nie przeprowadzono

8. Badanie krwi:

- ☐ przeprowadzono
☐ nie przeprowadzono

9. Wynik wizyty:

- ☐ zwierzę kwalifikuje się do zabiegu
☐ zwierzę nie kwalifikuje się do zabiegu

D. 2. INFORMACJE DOTYCZĄCE ZABIEGU

UWAGA: należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

10. Zwierzę posiada mikroczip?

- ☐ tak
☐ nie

11. Nr mikroczipa (pole do wypełnienia jeśli zwierzę posiada mikroczipa)

.....

12. Rodzaj zabiegu:

- ☐ kastracja

13. Status zabiegu:

- ☐ przeprowadzono
☐ nie przeprowadzono

14. Informacja dotycząca narkozy infuzyjnej:

- ☐ zapewniono
☐ nie zapewniono

D. 3. INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKI POOPERACYJNEJ DO CZASU WYBUDZENIA ZWIERZĘCIA

UWAGA: należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

15. Opieka pooperacyjna:

- ☐ zapewniono
☐ nie zapewniono

16. Środek przeciwbólowy:

- ☐ podano
☐ nie podano

17. Antybiotyk:

- ☐ podano
☐ nie podano

D. 4. INFORMACJE DOTYCZĄCE WIZYTY KONTROLNEJ OBEJMUJĄCEJ BADANIE KLINICZNE ORAZ ZDJĘCIE SZWÓW

18. Informacja dotycząca wizyty kontrolnej:

- ☐ przeprowadzono
☐ nie przeprowadzono

19. Informacja dotycząca szwów:

- ☐ zdjęto
☐ nie zdjęto

D. 5. INFORMACJE DOTYCZĄCE KOLEJNEJ WIZYTY OBEJMUJĄCEJ BADANIE KLINICZNE**UWAGA:** należy zaznaczyć właściwą kratkę poprzez postawienie znaku „X”

20. Informacja dotycząca konieczności przeprowadzenia kolejnej wizyty:

- ☐ wymagana
☐ nie wymagana

21. Status wizyty:

- ☐ przeprowadzono
☐ nie przeprowadzono

E. POTWIERDZENIE ZWERYFIKOWANIA INFORMACJI ORAZ WYKONANIA CZYNNOŚCI OKREŚLONYCH W TABELI C

22. Data :

23. Czytelny podpis (z podaniem imienia i nazwiska):

F. INFORMACJA

24. W przypadku, gdy podczas weryfikacji zgłoszenia przez podmiot właściwy do wykonania usługi ujawnione zostaną okoliczności, które uniemożliwiają zakwalifikowanie zwrócenia do wykonania usługi, zgłoszenie nie będzie podlegało dalszej realizacji.

Zgłoszenie musi zostać wykonane w terminie miesiąca od daty potwierdzenia dokonanego przez Gminę Miasto Ostrów Wielkopolski, Al. Powstańców Wielkopolskich 18, 63-400 Ostrów Wielkopolski na zgłoszeniu, jednak nie później niż 14 grudnia 2026r. Termin liczony będzie zgodnie z art. 112 z uwzględnieniem art. 115 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks Cywilny (Dz. U. z 2025r., poz., 1071 z późn. zm.).

G. UWAGI PODMIOTU WŁAŚCIWEGO DO WYKONANIA USŁUGI

25. Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....